

# Moralsk stress og faglig ytringsfrihet blant leger

**BAKGRUNN** Tidligere undersøkelser tyder på at norske leger opplever stress i møte med ulike og til dels motstridende idealer, slik som plikten til å kritisere etisk og uforsvarlig praksis. Hensikten med denne undersøkelsen var å undersøke opplevelsen av moralsk stress og faglig ytringsfrihet blant norske leger i dagens situasjon, og for det andre å kartlegge endringer siden forrige undersøkelse, i 2004.

**MATERIALE OG METODE** 1 522 yrkesaktive leger fikk tilsendt et spørreskjema med ulike utsagn knyttet til moralsk stress og opplevelsen av faglig ytringsfrihet. Svarene er sammenliknet med svar fra 2004.

**RESULTATER** 67 % av legene returnerte skjemaene. Andelen som anga «ganske sterkt» eller «sterkt» moralsk stress varierte fra 24 % til 70 % på de ulike utsagnene. Det var gjennomgående de «menige» sykehuslegene som oppga størst grad av moralsk stress. Det er likevel en nedgang i skårene for moralsk stress fra 2004 til 2010. Opplevelsen av faglig ytringsfrihet økte noe i samme tidsperiode.

**FORTOLKNING** Et lavere stressnivå knyttet til etiske konflikter i arbeidslivet kan skyldes bedre måter å håndtere stressituasjoner på, eller det kan skyldes at konsekvensene av omorganiseringene i helsevesenet oppleves mindre truende enn de var i 2004, da sykehusreformen var ny. Men lavere opplevd stressnivå kan også skyldes faglig og etisk resignasjon. Disse funnene bør følges opp med en kvalitativ undersøkelse.

Moderne helsetjenester stiller en rekke, og noen ganger motstridende, krav til leger. Når man har en klar oppfatning av hva som er moralsk riktig å gjøre, men hindres i å handle etter dette idealet, oppstår etiske problemer og moralsk stress (1, 2). Moralsk stress kan også oppstå når to verdier konkurrerer, og man er i tvil eller det er uenighet om hvilket handlingsalternativ som er det beste. Helsetjenestene skal være faglig forsvarlige, omsorgsfulle og sikre, og pasient og pårørendes rettigheter skal ivaretas. Andre viktige idealer er at helsetjenesten skal være rettferdig og særlig ta hensyn til de svakeste og sykeste. I tillegg skal stramme budsjetter holdes. Norsk helsetjeneste er blitt sterkere regulert, og leger må både forholde seg til lovverket og til administrative føringer. I det siste inngår omfattende og tidkrevende dokumentasjonskrav. Forskning blant sykepleiere og annet helsepersonell viser at mange opplever moralsk stress i arbeid (3–5). I Norge tyder for eksempel forskning fra hjemmesykepleien på at knappe ressurser stiller sykepleierne overfor dilemmaer som truer deres profesjonsetikk (6).

Sammenliknet med sykepleiere er det foretatt mindre forskning på moralsk stress blant leger (2, 7). En studie fra 2004 basert på det norske legepanelet i regi av Legeforskningsinstituttet viste at 50 % av legene oppga stress dersom de måtte handle mot egen samvittighet (8). Legene oppga også stress dersom de hadde for liten tid til

pasientene, og dersom pasientene måtte vente for lenge på undersøkelse og behandling. I 2004 oppga nesten halvparten stress når pasientene med de sterkeste stemmene fikk behandling først (9).

Når faglige og etiske standarder er truet og samvittighetskonflikter oppstår, er det viktig å ha mulighet til å si ifra oppover i systemet. Når de økonomiske rammene er for trange eller organiseringen av helsetjenesten suboptimal, kan faglig kvalitet og pasientsikkerhet bli truet. Under slike forhold gir helsepersonelloven § 17 en lov-pålagt plikt til å si ifra (10). Denne plikten setter helsepersonell i en samvittighetskonflikt dersom de ved å varsle eller komme med alvorlig kritikk av overordnede opplever at de kan bli utsatt for represalier og beskyldninger om illojalitet.

I 2004 spurte vi legene om deres opplevelse av faglig ytringsfrihet på egen arbeidsplass. De samme spørsmålene ble stilt i 2000, før helseforetaksreformen. Vi fant at det i 2004 var flere som opplevde det risikofyllt å si ifra om faglig og uforsvarlig praksis på eget arbeidsted (11).

Siden 2004 har det i mediene flere ganger vært antydnet at leger ansatt på norske sykehus utsettes for sanksjoner av ledelsen når de kritiserer de ansvarlige overordnede (12, 13), til tross for at arbeidsmiljøloven gir et vern for varslere og pålegger arbeidsgiver å legge til rette for varsling (14). Siden 2007 har helseforetakene laget egne retningslinjer

## Reidun Førde

reidun.forde@medisin.uio.no  
Senter for medisinsk etikk  
Institutt for helse og samfunn  
Universitetet i Oslo

## Olaf Gjerløy Aasland

LEFO – Legeforskningsinstituttet  
og  
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi  
Institutt for helse og samfunn  
Universitetet i Oslo



Engelsk oversettelse på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

> Se også side 1282

## HOVEDBUDSKAP

Opplevelse av moralsk stress er vanlig blant norske leger, spesielt blant sykehusleger i spesialisering og overleger

Opplevelse av moralsk stress er noe redusert fra 2004 til 2010

Opplevelsen av faglig ytringsfrihet er mer positiv i 2010 enn i 2004

**Tabell 1** Antall (%) innenfor ulike grupper av leger som i 2010 anga «ganske stressende» eller «svært stressende» på ti utsagn om moralsk stress. De som ikke svarte, eller anga «ikke aktuelt for meg», er ekskludert i hvert utsagn. Totalantallet (som prosentandelen er basert på) varierer derfor fra spørsmål til spørsmål innen hver kategori lege

	Ledere i sykehus (n = 6–46)	Overleger (n = 39–210)	Leger i spesialisering (n = 11–84)	Privatprak- tiserende spesialister (n = 3–31)	Allmenn- leger (n = 31–129)	Andre (n = 21–64)	Alle (n = 122–607)
Eldre pasienter er nedprioritert på grunn av alder	6 (19)	39 (23)	11 (16)	4 (22)	41 (26)	21 (32)	122 (24)
Behandlingsformer som trolig ikke virker, gjennomføres likevel	10 (26)	73 (34)	33 (40)	3 (18)	41 (24)	30 (39)	190 (32)
Den pasienten som «roper høyest», får mer eller raskere behandling enn andre	14 (24)	88 (29)	40 (40)	11 (19)	101 (44)	29 (29)	283 (34)
Pasienter som egentlig burde vært på en annen institusjon, tar opp plasser	15 (37)	83 (36)	37 (44)	5 (24)	31 (24)	25 (37)	196 (34)
Pasienter underbehandles av økonomiske årsaker	11 (29)	96 (45)	31 (43)	10 (48)	39 (27)	24 (33)	211 (38)
Jeg må av og til handle mot min samvittighet	17 (44)	90 (47)	42 (53)	7 (50)	56 (35)	38 (48)	250 (44)
En stor del av arbeidstiden går med til administrering og dokumentasjon	35 (56)	182 (58)	57 (53)	18 (41)	113 (53)	40 (37)	145 (52)
Pasienter må vente lenge på behandling	28 (48)	171 (57)	52 (51)	29 (50)	122 (54)	53 (53)	455 (54)
Omsorgen for pasientene svikter på grunn av tidspress	32 (60)	210 (70)	77 (74)	26 (46)	101 (47)	64 (67)	510 (62)
Stadige omorganiseringer i helsevesenet	46 (70)	158 (78)	84 (76)	31 (67)	129 (62)	59 (56)	607 (70)

for varsling og beskyttelse av varslere (15, 16). Man kan imidlertid hevde at lover og retningslinjer er av liten verdi dersom det oppleves som risikabelt å kritisere på en arbeidsplass. Fordi kritikk og varsling er en sentral del av kvalitetsarbeidet, er det viktig å undersøke om denne frykten er utbredt i det norske helsevesen.

Problemstillingen for denne undersøkelsen var altså todelt: For det første å undersøke opplevelsen av moralsk stress og faglig ytringsfrihet blant norske leger i dagens situasjon, og for det andre å kartlegge endringer siden forrige undersøkelse, i 2004.

## Materiale og metode

Data kommer fra referansepanelet til Legeforeningens forskningsinstitutt. Dette er et tilnærmet representativt utvalg på ca. 1 600 yrkesaktive leger som annethvert år siden 1994 har mottatt spørreskjemaer i posten med spørsmål om helse, arbeidsforhold og aktuelle helsepolitiske problemstillinger. Utvalget representerer en såkalt ubalansert kohort ved at deltakere som etter hvert blir pensjonister erstattes med yngre leger, samtidig som man hele tiden forsøker å bevare utvalgets representativitet. I denne artikkelen benyttes data fra 2004 (N = 997) og 2010 (N = 1 005). I noen av analysene benyttes

bare data fra leger som har svart ved begge anledninger.

Legene er gruppert slik:

- Leger som er ledere i spesialisthelsetjenesten
- Overleger (seksjonsoverleger, overleger og konstituerte overleger)
- Leger i spesialisering (som ikke arbeider som konstituerte overleger)
- Privatpraktiserende spesialister
- Fastleger og andre allmennleger
- Andre leger (hovedsakelig knyttet til administrasjon eller forskning)

## Moralsk stress

Graden av moralsk stress ble evaluert ved hjelp av følgende ti utsagn:

- Den pasienten som «roper høyest», får mer eller raskere behandling enn andre
- Pasienter må vente lenge på behandling
- Omsorgen for pasientene svikter på grunn av tidspress
- Pasienter som egentlig burde vært på en annen institusjon tar opp plasser
- En stor del av arbeidstiden går med til administrering og dokumentasjon
- Pasienter underbehandles av økonomiske årsaker
- Behandlingsformer som trolig ikke virker, gjennomføres likevel

- Eldre pasienter er nedprioritert på grunn av alder
- Jeg må av og til handle mot min samvittighet
- Stadige omorganiseringer i helsevesenet (bare i 2010)

Deltakerne skåret hvert utsagn på en på en 4-punkts Likert-skala («ikke stressende», «litt stressende», «ganske stressende», «svært stressende»); i tillegg var det svaralternativer for «vet ikke» (2004) / «ikke aktuelt for meg» (2010).

## Faglig ytringsfrihet

Opplevelsen av faglig ytringsfrihet ble evaluert ved hjelp av følgende fire utsagn:

- Den som kritiserer, risikerer sanksjoner fra avdelingsledelsen
- Den som kritiserer sykehuset, risikerer sanksjoner fra den administrative ledelsen
- Den som kritiserer, utsetter seg for en stor personlig belastning
- Den som kritiserer, kan risikere å måtte skifte arbeidsplass

Også disse utsagnene ble skåret på en 4-punkts Likert-skala («passer godt», «passer middels», «passer dårlig», «passer ikke»), samt «ikke aktuelt for meg».

**Tabell 2** Endringer i oppfatning om moralsk stress fra 2004 til 2010. Tallene representerer forskjeller i gjennomsnittsverdier (konfidensintervall) på en skala fra 1 («ikke stressende») til 4 («svært stressende»), og er her ordnet etter stigende verdi. Tabellen omfatter bare dem som evaluerte utsagnene både i 2004 og i 2010. De som ikke svarte, eller anga «ikke aktuelt for meg», er ekskludert i hvert utsagn. Totalantallet varierer derfor fra spørsmål til spørsmål

	Differanse 2010–2004 (95 % KI)	
Eldre pasienter er nedprioritert på grunn av alder	-0,17	(-0,70 til -0,07)
En stor del av arbeidstiden går med til administrering og dokumentasjon	-0,19	(-0,28 til -0,10)
Pasienter som egentlig burde vært på en annen institusjon, tar opp plasser	-0,21	(-0,31 til -0,11)
Pasienter underbehandles av økonomiske årsaker	-0,21	(-0,33 til -0,10)
Pasienter må vente lenge på behandling	-0,22	(-0,29 til -0,14)
Omsorgen for pasientene svikter på grunn av tidspress	-0,24	(-0,32 til -0,16)
Behandlingsformer som trolig ikke virker, gjennomføres likevel	-0,25	(-0,35 til -0,14)
Jeg må av og til handle mot min samvittighet	-0,31	(-0,42 til -0,20)
Den pasienten som «roper høyest», får mer eller raskere behandling enn andre	-0,32	(-0,40 til -0,25)

**Tabell 3** Endringer i oppfatning om faglig yringsfrihet fra 2004 til 2010. Tallene representerer forskjeller i gjennomsnittsverdier (konfidensintervall) på en skala fra 1 («passer godt») til 4 («passer ikke»), og er her ordnet etter stigende verdi. Tabellen omfatter bare dem som evaluerte utsagnene både i 2004 og i 2010. De som ikke svarte, eller anga «ikke aktuelt for meg», er ekskludert i hvert utsagn. Totalantallet varierer derfor fra spørsmål til spørsmål

	Differanse 2010–2004 (95 % KI)	
Den som kritiserer, risikerer sanksjoner fra avdelingsledelsen	0,03	(-0,10 til 0,16)
Den som kritiserer, kan risikere å måtte skifte arbeidsplass	0,32	(0,20 til 0,43)
Den som kritiserer sykehuset, risikerer sanksjoner fra den administrative ledelsen	0,47	(0,33 til 0,60)
Den som kritiserer, utsetter seg for en stor personlig belastning	0,67	(0,56 til 0,79)

### Statistikk

Svarene på spørsmålene om moralsk stress ble dikotomisert; vi rapporterer her andelen som svarte «ganske stressende» eller «svært stressende» innenfor hver legegruppe, i noen tilfeller med 95 % konfidensintervall (KI). For å analysere endringer i perioden 2004 til 2010 beregnet vi differansen mellom svarene i 2004 og 2010 for hver enkelt lege. Disse differansene var tilnærmet normalfordelt for alle variabler, og er her oppgitt med 95 % KI. Dersom dette konfidensintervallet ikke omfatter verdien 0, er endringen statistisk signifikant svarende til  $p \leq 0,05$ . Statistikkprogrammet SPSS versjon 19 (SPSS Inc, Chicago, Illinois) ble benyttet.

### Resultater

Høsten 2010 ble 1 025 av 1 522 utsendte spørreskjemaer returnert i utfylt stand, dvs.

en respons på 67 % (samme svarprosent som i 2004). Fordeling av alder, kjønn, arbeidssituasjon og fagområde i panelet er ikke vesentlig forskjellig fra tilsvarende fordeling i Legeregisteret (data ikke vist).

### Moralsk stress

Tabell 1 viser hvor stor andel av legene som i 2010 skårer «ganske stressende» eller «svært stressende» på hver av de ti utsagnene om moralsk stress. Andelen varierer fra 70,1 %, som opplever stadige omorganiseringer i helsevesenet som ganske stressende eller svært stressende, til 23,8 % som opplever stress på grunn av nedprioritering av eldre pasienter. 44,1 % (95 % KI 37,7–50,5) av allmennlegene opplevde at «den pasienten som «roper høyest» får mer eller raskere behandling enn andre» var stressende, mot 29,6 % (95 % KI 26,0–33,2) av de andre

legene, en statistisk signifikant forskjell vurdert etter konfidensintervallene. Gjennomgående er det de «menige» sykehuslegene (overleger og leger i spesialisering) som opplever mest stress, dette gjelder særlig stress knyttet til omorganiseringer og til tidspress rundt omsorg for pasientene. Mange sykehusleger og fastleger opplever moralsk stress ved at en stor del av arbeidstiden går med til administrering og dokumentasjon.

44,2 % av alle respondentene opplever det ganske stressende eller svært stressende at de av og til må handle mot egen samvittighet. Flere leger i spesialisering og privatpraktiserende spesialister enn ledere og overleger opplever stress ved å måtte handle mot sin samvittighet.

Det var gjennomgående mindre opplevd moralsk stress i 2010 enn i 2004. Tabell 2, som bare omfatter de legene som evaluerte utsagnene både i 2004 og i 2010, viser at for disse legene var betydningen av alle de ni stressorene (utsagnet om omorganisering ble ikke benyttet i 2004) redusert. Størst var reduksjonen når det gjaldt utsagnet om at «Den pasienten som «roper høyest» får mer eller raskere behandling enn andre». Fortsatt opplever 33,5 % at dette er stressende.

### Opplevelser av konsekvenser av kritikk

Tabell 3 viser endringen fra 2004 til 2010 for de fire utsagnene om faglig yringsfrihet. I 2010 beskriver legene et arbeidsmiljø som oppleves som mer åpent for kritikk enn i 2004. Men for utsagnet «den som kritiserer, risikerer sanksjoner fra avdelingsledelsen» er det ingen signifikant endring. Her var andelen som svarte «passer middels» eller «passer godt» i 2010 høyest blant overlegene, med 29,8 % (n = 325), tett fulgt av de 112 sykehuslegene i spesialisering, med 26,8 % (n = 112).

### Diskusjon

50–70 % av alle legene svarte at de opplever stress knyttet til stadige omorganiseringer i helsevesenet, at omsorgen for pasienter svikter på grunn av tidspress, at pasienter må vente lenge på behandling og at arbeidstiden går med til administrering og dokumentasjon. Alt dette henger sammen med organisering av arbeidet, og svarene er derfor verdt å merke seg for ledere i helsevesenet. Det er også verdt å merke seg at det er de «menige» sykehuslegene som oppgir mest stress med hensyn til tidspress og stadige omorganiseringer. Nye lover kan gi opphav til etiske dilemmaer dersom loven gir føringer som har negative konsekvenser for andre sentrale verdier. Det er sannsynlig at de som arbeider nærmest pasientene, er de som opplever etiske konflikter sterkest (17). Økte pasientrettigheter kan gå på bekostning av rettfær-

dighet og omsorgen for de svakeste pasientene som ikke kan kjempe for sine rettigheter. Dette er i samsvar med resultatene fra Tønnesen og medarbeideres undersøkelse i hjemmesykepleien: Her rapporterte sykepleierne at de for å unngå slitsomme konflikter ga mest oppmerksomhet og tid til de pasientene som kunne stille krav, enten selv eller gjennom taleføre pårørende (6). De prioriterte pasientene fikk ikke mer enn de hadde krav på, men når ressursrammene er for trange, går dette utover de aller mest hjelpetrengende som ikke får dekket sine behov eller må vente lenger på hjelp. Dette setter samvittighetsfulle fagfolk i et umulig krysspress. På samme måten er det ikke overraskende at det er legene i primærhelsetjenesten som i denne undersøkelsen oppgir mest stress når de pasientene som roper høyest, får mer eller raskere behandling. Kanskje burde slike «bivirkninger» av gode politiske intensjoner synliggjøres i langt større grad enn det gjøres i dag. Dette er en oppgave både for forskere, etikere, fagfolk og ikke minst for politikere. At fastleger i 2010 opplevde mer stress enn sykehusleger rundt prioriteringsproblemer, kan også forklares ved at arbeidet med prioriteringsveiledere i spesialisthelsetjenesten har gjort prioritering enklere og mer i samsvar med politiske og byråkratiske føringer. Det er verdt å merke seg at fastlegene er de som er mest affisert av at eldre pasienter er nedprioritert. Stor tidsbruk på administrasjon og dokumentasjon er frustrerende både for fastleger og for sykehusleger.

Samtidig tyder resultatene fra denne studien på at norske leger i 2010 opplevde færre arbeidssituasjoner som utløser moralsk stress sammenliknet med seks år tidligere. Dette gjelder både konflikter knyttet til behandling av pasienter og konflikter knyttet til den faglige yringsfriheten. Disse funnene er overraskende. Stadige rapporter om økt tidspress, økt vekt på økonomistyring og økte krav til lojalitet innad i helseforetakene gjorde at vi antok at leger ville beskrive mer stress knyttet til moralske dilemmaer i 2010 sammenliknet med i 2004. En mulig forklaring på våre funn kan være knyttet til at spørsmålene i spørreskjemaene har svak validitet. Selv om mange av spørsmålene er hentet fra andre studier om moralsk stress (1), kan de kritiseres for å være for overfladiske og for lite spesifikke. Dersom man skulle gå dypere inn i disse temaene, er nok en kvalitativ undersøkelse mer egnet (2). En annen forklaring kan være at i 2004 var sykehusreformen relativt ny, og en av begrunnelsene for den var bedre økonomistyring og strammere ledelse. Dette kan ha utløst frykt for konflikter mellom fag og ledelse, og denne frykten kan ha blitt mindre etter som vi nå har levd med reformen i åtte år. En slik

forklaring styrkes av at resultatene fra 2000 er nokså like de fra 2010. Det er også verdt å merke seg at flertallet av respondentene har endret stilling i løpet av studieperioden, f.eks. fra lege i spesialisering til leder. Men en egen analyse av denne gruppen viser at en slik overgang ikke i vesentlig grad endret disse legenes oppfatning (data ikke vist).

Selv om det er nedgang i rapportert stress fra 2004 til 2010, opplever fortsatt 44,2 % av legene det ganske eller svært stressende å måtte handle mot sin samvittighet. Dette er funn som må tas alvorlig av kommuner og andre arbeidsgivere. Det å måtte gå på tvers av det man selv mener er riktig, kan gi utbrenthet og faglig nihilisme. Dette er en trussel mot kvaliteten av arbeidet (2). Kommunene og helseforetakene står ansvarlig for de rammene fagfolk arbeider innenfor, og for å legge til rette for at de etiske dilemmaene som oppstår kan løses på en god måte. En svært dårlig mestringsstrategi for moralsk stress er å legge lokk på konflikten, slik at man til slutt ikke merker at det gjøres kompromisser når det gjelder fagetisk standard. Resultatet kan være at man blir emosjonelt utbrent og bevisst unngår verdikonflikter. Dette kan også være en av forklaringene på nedgangen i opplevelsen av moralsk stress i denne seksårsperioden. I så fall er det bekymringsfullt og en trussel for kvaliteten i helsetjenesten. Moralsk sensitivitet – det å oppfatte at verdier er truet – er en nødvendig forutsetning for å være moralske subjekter (18). Dersom de endringene vi ser skyldes resignasjon, er ikke dette nødvendigvis beroligende tall (19). For at problematisk praksis skal kunne identifiseres og nødvendig endring skapes, må problemene først defineres. Disse funnene vil derfor bli fulgt opp i en kvalitativ studie som allerede er i gang.

Spørsmålet om faglig yringsfrihet har fått stor oppmerksomhet i mediene, ikke minst knyttet til omorganiseringer i helseforetakene (12). Derfor er det overraskende at denne undersøkelsen tyder på at leger er blitt mindre redde for at kritikk kan falle tilbake på dem selv som arbeidstakere og som individer. Det er et unntak fra dette, nemlig i forholdet til sanksjoner fra avdelingsledelsen. Dette gjelder særlig fotfolket i sykehusene (overleger og leger i spesialisering). En forklaring kan være at mens topplederne i sykehusene kan hevde at varsling og kritikk er nødvendig, kommer avdelingsledere i skvis mellom ledelsens krav og frustrasjoner fra avdelingens ansatte. Det er også viktig å understreke at misnøye med lokale omorganiseringsprosesser, som f.eks. sammenslåingen ved Oslo universitetssykehus, ikke i særlig grad vil kunne avspeiles i våre landsdekkende data; dessuten har mye kritikk kommet de siste to årene, etter 2010.

Enda en mulig forklaring på at det synes å være mindre utrygghet i legestanden rundt kritikk, er en positiv effekt av lovbestemmelsen fra 2007, der varslere fikk et bedre rettsvern.

Represalier kan også være uformelle og derfor vanskelige å identifisere. Ikke minst kan aversjon mot åpen uenighet i den medisinske kulturen gjøre kritikk følelsesmessig vanskelig. I 2000 fikk referansepanelet også to spørsmål om hvorvidt klimaet på arbeidsplassen tillot kritikk mot kolleger rundt faglig og etisk uakseptabel atferd. Om lag 40 % av legene mente at dette var vanskelig (20). Det er altså ikke bare ledelsen det oppleves vanskelig å kritisere. Det er nødvendig å skape økt aksept for at uenighet er en viktig og legitim del av medisinsk praksis.

#### *Styrker og svakheter*

Studien har en svarprosent på 67 % i både 2004 og 2010, noe som er relativt høyt i forhold til andre spørreskjema-baserte studier av leger (21, 22). Videre er respondentene representative for norske yrkesaktive leger hva gjelder alder, kjønn og arbeidsområde (data ikke vist), og det er derfor grunn til å anta at resultatene fra denne undersøkelsen også er representative. Det er en svakhet at spørsmål om opplevelser eller holdninger ikke alltid lar seg kartlegge fullstendig gjennom spørreskjemaer. Hvordan den enkelte respondent oppfatter begrepet «morsal stress» vil variere. På den annen side styrkes våre data vesentlig ved at de samme spørsmålene stilles til de samme personene over tid. Det må også nevnes at våre data ikke tillater flernivåanalyser; på grunn av kravet om anonymitet vet vi ikke hvilke leger som eventuelt arbeider i samme helseforetak eller på samme avdeling.

#### **Reidun Førde (f. 1950)**

er dr.med. og professor ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo. Hun har arbeidet i mange år som kliniker, og var leder av Rådet for legeetikk i Legeforeningen 1998–2005.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### **Olaf Gjerløy Aasland (f. 1944)**

er forskningsleder ved LEFO – Legeforskningsinstituttet og professor ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

## Litteratur

- Källemark SS, Höglund AT, Hansson MG et al. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Soc Sci Med* 2004; 58: 1075–84.
- Pauly BM, Varcoe C, Storch J. Framing the issues: moral distress in health care. *HEC Forum* 2012; 24: 1–11.
- Pauly B, Varcoe C, Storch J et al. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nurs Ethics* 2009; 16: 561–73.
- Rice EM, Rady MY, Hamrick A et al. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *J Nurs Manag* 2008; 16: 360–73.
- Cavaliere TA, Daly B, Dowling D et al. Moral distress in neonatal intensive care unit RNs. *Adv Neonatal Care* 2010; 10: 145–56.
- Tønnessen S, Nortvedt P, Førde R. Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nurs Ethics* 2011; 18: 386–96.
- Grönlund CE, Dahlqvist V, Söderberg AI. Feeling trapped and being torn: physicians' narratives about ethical dilemmas in hemodialysis care that evoke a troubled conscience. *BMC Med Ethics* 2011; 12: 8.
- Legeforskningsinstituttet. Referansepanelet. <https://legeforeningen.no/Legeforeningens-forskningsinstitutt/referansepanelet-var-viktigste-datakilde/> (18.1.2013).
- Førde R, Aasland OG. Moral distress among Norwegian doctors. *J Med Ethics* 2008; 34: 521–5.
- LOV-1999-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).
- Aasland OG, Førde R. Legers faglige ytringsfrihet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 1838–40.
- Braaten KE, Kongsvik L. Legers ytringsfrihet under lupen. *Tidsskr Nor Legeforen* 2012; 132: 1377.
- Måseide PH. Hvor farlig er det å være uenig? *Journalen* 2010; 3: 3.
- LOV 2005-06-17 nr 62: Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven).
- Helse Sør-Øst. Rutiner for varsling. [www.helse-sorost.no/fagfolk/temasider/etikkk/Sider/varsling.aspx](http://www.helse-sorost.no/fagfolk/temasider/etikkk/Sider/varsling.aspx) (3.9.2012).
- Helse Midt-Norge – Retningslinjer for intern varsling og oppfølging av kritikkverdige forhold i helseforetakene. Sak 123/07. [www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2007/Styresaker%202007%20pdf-dok/desember/Sak%20123-07%20Vedlegg%20Retningslinjer%20for%20intern%20varsling%20og%20oppf%3%b8gging%20av%20kritikkverdige%20forhold.pdf](http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2007/Styresaker%202007%20pdf-dok/desember/Sak%20123-07%20Vedlegg%20Retningslinjer%20for%20intern%20varsling%20og%20oppf%3%b8gging%20av%20kritikkverdige%20forhold.pdf) (3.9.2012).
- Gjerberg E, Førde R, Pedersen R et al. Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. *Soc Sci Med* 2010; 71: 677–84.
- Vetlesen AJ, Nortvedt P. Følelser og moral. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.
- Hem E. Vi blir tilfreds tilslutt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 5.
- Aasland OG, Førde R. Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. *Qual Saf Health Care* 2005; 14: 13–7.
- Rosta J. Hospital doctors' working hours in Germany – preliminary data from a national survey in autumn 2006. *Dtsch Arztebl* 2007; 104: A-2417.
- Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L et al. Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Arch Surg* 2011; 146: 54–62.

Mottatt 23.11. 2012, første revisjon innsendt 31.1. 2013, godkjent 15.4. 2013. Medisinsk redaktør Vegard Bruun Wyller.

## ANNONSE



**Vi ønsker å etablere legekontor på Lambertseter og i Kværnerbyen**

I den forbindelse kan vi tilby egnede lokaler

**OBOS**

OBOS Forretningsbygg AS  
Telefon: 22 86 59 00  
[www.ofb.no](http://www.ofb.no)

Kontaktperson: Hans Petter Hauge  
E-post: [hans.petter.hauge@obos.no](mailto:hans.petter.hauge@obos.no)  
Telefon: 22 86 55 06 / 909 12 267